

CALFRESHからの高齢者及び/又は障害者のみの世帯に係る承認期間満了の通知

郡名

通知日 : _____
 ケース名 : _____
 ケース番号 : _____
 担当官名 : _____
 担当官番号 : _____
 担当官の電話番号 : _____
 担当官の住所 : _____

(Addressee)

援助が必要な場合又は質問がある場合は担当官にご連絡ください。

州聴聞会：この措置に異議がある場合は聴聞会の開催を要請することが出来ます。要請手続きについては、このページの裏面をご覧ください。この措置が実行に移される前に聴聞会の開催を要請されると給付金に変更されない場合があります。

特記事項

再認定のための面接は必要ではない旨お伝えしました。しかしながら、郡に通知された変更の内容及び、再認定のための面接を済ませて頂く必要があります。

- あなたのCalFresh給付承認期間は以下の日付を以て満了となります _____。
(月/日/年)
- 面接を受けていただく必要があります。面接は電話形式で行われることとなりますが、ご希望があれば対面形式の面接とすることも可能です。障害のため手助けが必要な場合は、速やかに郡にご連絡ください。

これ以降の段取り

- 申請書にある必要事項をすべてご記入のうえ、承認期限が満了する月の最初の日までに郡にご提出ください： _____。
(月/日/年)
申請が遅れた場合は給付に遅延が生じる可能性があります。
- 面接日時について別途書簡を送付します。当該書簡がこの通知を受領してから10日間経過しても届かない場合は直ぐに担当官に電話にてご連絡ください。
- 面接を受けなかった場合は、あなたの責任で日程を組み直していただく必要があります。
- 収入や支出に関する変更を報告する場合は、申請書に必ずその変更内容を証明する書類をご同封ください。変更内容の証明は承認期間が満了する前までに提出する必要があります。この情報を入手するうえで手助けが必要な場合は、郡にご連絡ください。

規定に関する重要事項

- 次の報告が必要となる時期については郡がお知らせいたします。その時には郡が提供する報告フォームに記入して頂く必要があります。
- 次にあげる何れかの状況に該当する場合、あなたの再承認の申請に関する最終措置が執られるまで最大30日間を要することがあります。更に新たに承認を受けた期間の最初の月には給付額の一部しか支給されないこともあります。
 - 面接が必要との連絡を受けたにも拘わらず承認期間が終了する10日間前までに面接を受けなかった場合。
 - 認定期間の終了前に必要な証明を提出しないこと。
- あなたは郡から申請書を受け取るとともに、郡にその申請書を受理させる権利を有しています。その申請書には少なくともあなたの氏名、住所、そして署名を記載する必要があります。
- あなたご自身またはあなたの正式な代理人は、所要のフォームを直接、郵送、ファックス、または居住されている郡において利用できる他の送信手段（電子メールまたはオンライン電子申請：<http://www.benefitscal.org>）を通じて提出することにより、カルフレッシュの申請を行う権利を有されるものです。
- あなたの世帯が連邦補足的保障所得（SSI）受領者のみで構成されている場合、あなたご自身またはあなたの正式の代理人は、どの社会保障庁の事務所においてもカルフレッシュの申請を行う権利を有されるものです。

規定: 以下の規定が適用されます。CalFreshMPPSections: 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. 規則はオンライン cdss.ca.gov 又はあなたの郡の事務所においてご確認ください。

聴聞会に関する権利

郡の決定に異議がある場合、州に聴聞会を開催するよう要請することができます。聴聞会の請求期間は90日間に限られています。この90日間の期間は郡があなたにこの通知書を手渡し、または郵送した日の翌日から計算されます。90日間以内に聴聞会の開催を要請できなかったことについて正当な理由がある場合は、期限を過ぎても聴聞会の開催を要請できることもあります。正当な理由を伝えることにより聴聞会が開催されることになる場合もあります。

Cash Aid、Medi-Cal、CalFreshまたはChild Careに係る決定の前に聴聞会の開催を要請することにより:

- 聴聞会が開催される前の待機期間中にCash AidまたはMedi-Calに変更が加えられることが無くなります。
- 聴聞会が開催される前の待機期間中にChild Careサービスが変更されないこともあります。
- 聴聞会が開催されるまで、または認証期間が終了するまでの何れか早い時点までCalFreshの給付は変更されません。

もし聴聞会の結果により郡側の判断が適切とされた場合、その期間中に受領した付加的なCash Aid、CalFreshまたはChild Care サービスについて返済する義務を負うこととなります。聴聞会が開催される前にあなたの給付の減額または停止を許可される場合は下記にチェックを入れてください。

はい、右の給付を減額または停止してください:

- Cash Aid CalFresh Child Care

下記の援助について聴聞会の決定を待つ間について:

Welfare to Work:

このプログラムに関する活動に参加する必要はありません。

この通知書を受ける前に郡が承認した活動や雇用に対する養育費の支払いを受け取ることが出来ます。

その他の支援サービスの支払い金が停止されると当局が伝えた場合、例え活動に参加したとしてもこれ以上の給付金を受け取ることはできません。

その他の支援サービスの支払い金を当局が支払うと伝えた場合、その金額についてはこの通知書内で指定したとおりの方法で支払われます。

- これらの支援サービスを受けるには郡当局が指定した活動に参加しなければなりません。
- 聴聞会の結果を待つ間に郡が支払う給付金はその活動に参加するためには不十分な金額である場合は、その活動に参加することを中止しても構いません。

Cal-Learn:

- 当局があなたにサービスを提供できないと伝えた場合、Cal-Learn Programに参加することはできません。
- Cal-Learn支援サービスで支払うことのできるものは事前に承認された活動のみです。

その他の情報

管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members): この通知書に記載されている内容によっては、管理されたケアヘルスプランのサービスを受けられなくなる可能性もあります。質問がある場合はあなたのヘルスプラン会員サービスまでお問い合わせください。

養育・医療支援 (Child and/or Medical Support): あなたが補助金を受けていない場合でも地元の児童養育費徴収局が無料で徴収のサポートを致します。これが現在提供されているサポートである場合、あなたが書面にて停止を求めない限り続きます。徴収した現在の養育費は送付されますが、期限を過ぎた郡に支払われるべき金額は差し引かれることとなります。

家族計画 (Family Planning): 質問があれば福祉事務所 (Welfare Office) から情報を得ることが出来ます。

聴聞会関連ファイル: 州による聴聞会の開催を要請された場合、州聴聞局はその件に関してのファイルを準備いたします。あなたは聴聞会の前にそのファイルを開覧する権利があり、少なくとも聴聞会の二日前までに郡側の書面で明記された立場についての写しを得ることが出来ます。州当局はあなたの聴聞会ファイルを福祉課 (Welfare Department) 並びに米国保健社会福祉省及び農務省 (U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture) に提供することもあります。 (W&I Section Code 10850 及び 10950。)

聴聞会の開催を要請するには:

- このページにご記入ください。
- 控えとしてこの書面の裏表両方をコピーのうえ、保管してください。必要であれば担当官に依頼すればコピーを提供致します。
- このフォームを以下まで持参または郵送してください:

または

- フリーダイヤル 1-800-952-5253 フリーダイヤル 1-800-952-5253に電話をするか、聴覚・言語に不自由がある方でTDDを利用される場合は1-800-952-8349にお掛けください。

手助けが必要な場合：上記の州のフリーダイヤル番号で聴聞会の権利や法的援助の紹介についてお問い合わせ頂けます。地元地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにて無料の法的援助を受けることも出来ます。

もし聴聞会に一人で参加されたくない場合は友人や他の人を同伴されても差支えありません。

聴聞会の開催の要請

私は _____ 郡による下記の件に関する決定に対し聴聞会の開催を要請致します。

- Cash Aid CalFresh Medi-Cal その他 (明記) _____

聴聞会の開催を要請する理由: _____

- 記入スペースが足りない場合は、ここにチェックを入れ、別紙を添付してください。
- 私は州当局に無料で通訳を提供するよう要請致します。(聴聞会において親族や友人が通訳を務めることは禁じられています。)
- 私の言語または方言は以下の通りです。 _____

給付金が却下、変更、または停止された人の氏名		その他を記載	電話番号
住所(所在地)	市	州	ZIPコード(郵便番号)
署名			日付
このフォームの記入者の氏名			電話番号

- 聴聞会では下記の人物に私の代理人を務めることを希望します。私はこの人物に私の記録の閲覧及び聴聞会に私の代理人として出席することを許可します。(この人物は親族や友人であっても問題はありますが、あなたの為に通訳をすることは許されません。)

氏名		電話番号	
住所(所在地)	市	州	ZIPコード(郵便番号)